Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok VII. Maj 1935 Nr. 5

Pielęgniarka Polska Nr. 5

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 5

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. Św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

25% rabatu

za cały rok zgóry 6 zł.

Miesięcznie 70 gr. 2 Miesiące 1·40 zł.

Kwartalnie 2·00 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok VII Maj 1935 Nr 5

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

Po zgonie ś. p. Józefa Piłsudskiego
pierwszego Marszałka Polski

P. S. P. Z. wystosowało na ręce p. Marszałkowej Aleksandry Piłsudskiej następującą depeszę:

W dniu złożenia na wieczny spoczynek prochów ś. p. Józefa Piłsudskiego wyrazy najwyższego hołdu dla Zmarłego z prośbą o przyjęcie najgłębszego współczucia składa

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych

Za spokój duszy ś. p.

JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO

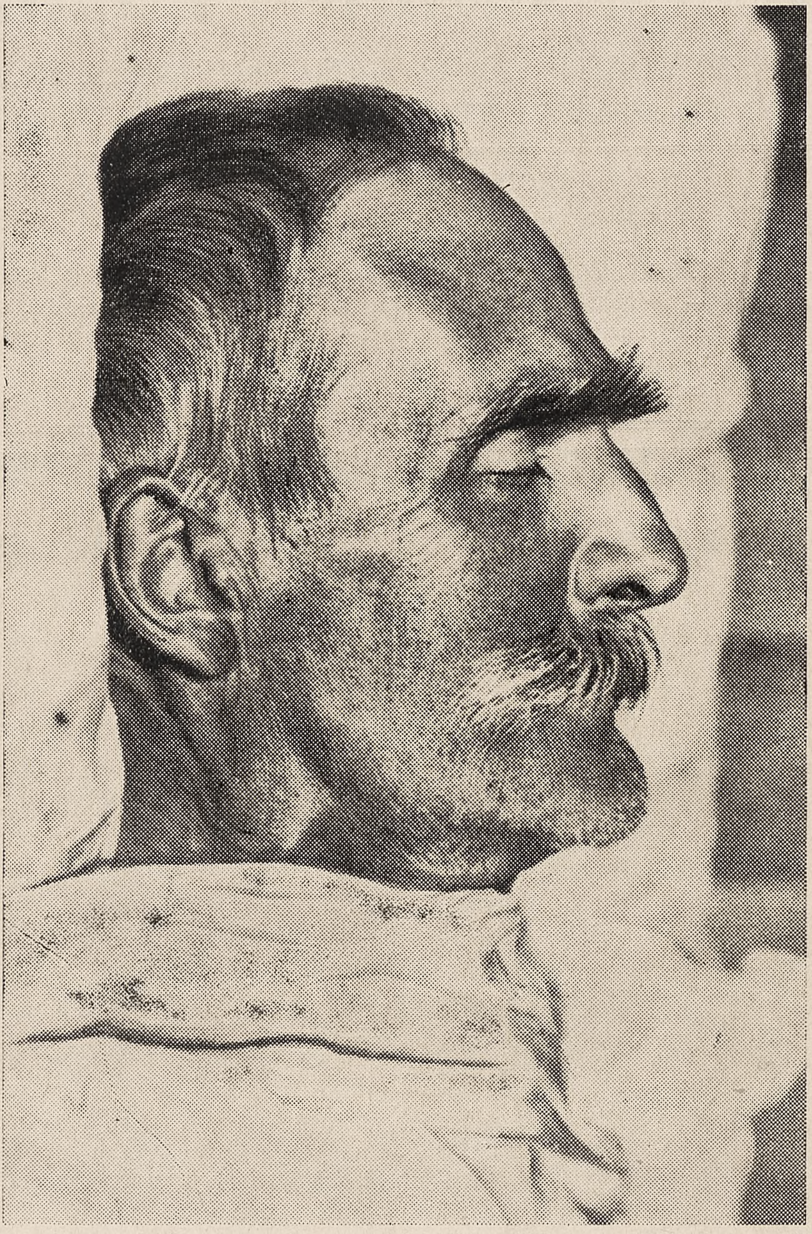
Pierwszego Marszałka Polski, Wielkiego Budowniczego Ojczyzny

odbyła się 25-go Maja o godzinie 9-ej rano

MSZA ŚW.

w kościele św. Aleksandra w Warszawie, przed ołtarzem Matki Boskiej Ostrobramskiej o czem zawiadamia swych członków

P. S. P. Z.



Ś. p. Marszałek Józef Piłsudski na łożu śmierci

Zeszedł ze świata Człowiek, który na barkach Swoich dźwigał odpowiedzialność za Polskę.

I oto teraz odpowiedzialność spadła całym ciężarem na każdego Polaka. To też we wszystkich ziemiach Rzeczypospolitej wieść o śmierci ś. p. Marszałka wywołała głęboki wstrząs, a chorągwie żałobne załopotały bezmierną powagą.

Chwile, które przeżywamy, napinają, wyostrzają tę najpiękniejszą, po miłości Boga, cechę duszy ludzkiej — miłość Ojczyzny.

Lecz każdy Polak, godny tego imienia, patrzy z troską nietylko w przyszłość kraju, ale i — w samego siebie. Pod tym tylko warunkiem — przenikliwego spojrzenia we własną głąb i nieustannego jej przeorywania, miłość Ojczyzny stanie się prawdziwą, przejawiającą się w każdym, choćby najdrobniejszym czynie.

Życie ś. p. Marszałka Józefa Piłsudskiego jaśniało bezinteresownością, czystością pobudek, ustawicznem zmaganiem się z samym Sobą i przekreślaniem Siebie w imię wspólnego dobra. Cnoty te drgały w żywym płomieniu patrjotyzmu, który sprawiał, że Zmarły obalał wszelkie przeszkody i — zwyciężał.

My, pielęgniarki, wraz z całą Polską wstrząśnięte do dna duszy śmiercią Marszałka, spójrzmy w siebie, zogniskujmy całą naszą moc! Wśród codziennej, szarej, żmudnej pracy pamiętajmy nieustannie, że jesteśmy cząstką wielkiego Narodu, że dla jego to chwały i dobra podejmujemy nasze trudy.

W tej wielkiej chwili dziejowej otrząśnijmy się z wszelkiej małostkowości, zrzućmy z siebie wszelką samolubną myśl!

Czuj Duch!

Praca pielęgniarki społecznej w warunkach prowincjonalnych

(Dokończenie).

H i g j e n a s z k o l n a

Następnym działem pracy pielęgniarki jest higjena szkolna. Aby pracę tę móc pogodzić z innemi zajęciami, należy poświęcić na nią mniejwięcej dwie godziny przedpołudniowe, cztery lub pięć razy na tydzień. Ponieważ na systematyczną pracę w szkole trzeba poświęcić przeciętnie jedną godzinę na dwa tygodnie w każdej klasie, można więc objąć stałą opieką higjeniczną conajmniej 16 — 20 oddziałów, czyli w miejscowościach większych całą szkołę powszechną, w osiedlach mniejszych szkołę miejscową i jedną czy dwie szkoły w najbliższych wioskach, oddalonych nie więcej niż 3 klm.

Poza stałą opieką nad dziećmi w jednej czy dwu szkołach, pozostaje dorywcze interesowanie się higjeną szkolną w innych miejscowościach. A więc podczas wyjazdów zamiejscowych koniecznie musimy pamiętać o szkole. W tym celu należy zawiadomić kierownictwo szkoły o przyjeździe pielęgniarki w oznaczonym dniu.

Dla uniknięcia nieporozumień z nauczycielstwem i narażania się na stratę czasu, należy pracę pielęgniarską w szkole omówić z władzami szkolnemi już z początkiem roku szkolnego. Najlepiej zwrócić się z tem do lekarza powiatowego, który ustali program wspólnie z inspektorem szkolnym. Wtedy godziny zajęć higjenistki będą uwzględnione w szkolnym podziale godzin, w tych szkołach, które obejmie ona stałą opieką, a również i nauczycielstwo innych szkół otrzyma odpowiednie zarządzenie i pouczone będzie o jej zadaniu, tak, że zjawienie się higjenistki w tej czy innej szkole wiejskiej nie spotka się ze zdziwieniem.

Dlaczego pielęgniarka, obok pracy w ośrodku, ma zająć się i higjeną szkolną? Przedewszystkiem dlatego, że higjena szkolna wchodzi w zakres działania ośrodka zdrowia i stanowi jeden z jego działów. Ponadto dobre, widoczne wyniki pracy pielęgniarskiej w szkole propagują cele ośrodka zdrowia wśród ludności. Codzienny kontakt z dziatwą szkolną wiele pomoże nam w całokształcie pracy. Łatwo dotrzemy do rodzin, które nadają się do ośrodka, niejedno środowisko gruźlicy czy jaglicy uda nam się tym sposobem wyłowić.

Jeśli wspomniałam wyżej, że higjena szkolna powinna być prowadzona w ośrodku zdrowia, w którym zatrudniona jest jedna choćby pielęgniarka, chciałabym w tem miejscu wyjaśnić, że będzie to wykluczone w takich warunkach, gdy w ośrodku, oprócz poradni przeciwjagliczej czy przeciwgruźliczej, prowadzi się jednocześnie stację opieki nad matką i dzieckiem

wraz z większą kuchnią mleczną. Związany z kuchnią mleczną i z ośrodkiem zdrowia nawał zajęć, uniemożliwi zajęcie się higjeną szkolną, którą pielęgniarka interesować się będzie mogła jedynie dorywczo. Jednak w tym ostatnim wypadku niewątpliwie wyniknie z tego korzyść, ponieważ pogawędki higjeniczne w szkole i choćby od czasu do czasu pobieżnie przeprowadzony przegląd dziatwy szkolnej zwróci uwagę nauczycielstwa na higjenę szkolną i na dbanie o czystość dzieci za przykładem pielęgniarki.

Akcja propagandowa

Akcję propagandy, poza indywidualnem pouczaniem w ośrodku zdrowia, czy w czasie wywiadów, najlepiej prowadzić w porozumieniu z instytucjami, których celem jest praca kulturalno-oświatowa na wsi. Wymienię tutaj przedewszystkiem towarzystwa rolnicze i koła gospodyń wiejskich. Instytucje te organizują, zazwyczaj porą zimową, oświatowe kursa po wsiach i miasteczkach i często zapraszają pielęgniarkę, jako prelegentkę z działu higjeny. Wystarczy tylko skwapliwie skorzystać z zaproszenia, lub tam, gdzie w czasie kursów nie uwzględniono działu higjeny, sprawę tę poruszyć, a z pewnością spotka się taka inicjatywa z życzliwem przyjęciem.

Pielęgniarka, chcąc wywiązać się należycie ze swego udziału w takim kursie oświatowym, musi znać dobrze przedmiot, którym ma zainteresować słuchaczy. Podnoszę to dlatego, że te koleżanki, które nie znają warunków prowincjonalnych, ani życia na wsi, spotkać mogą trudności. Dlatego poza uprzednim zapoznaniem się ze środowiskiem, do którego mamy przemawiać, trzeba będzie często zaznajomić się z literaturą omawiającą stosunki higjeniczne wsi. Przemawianie publiczne najczęściej nie jest dla początkujących rzeczą łatwą, wykład musi być prowadzony odpowiednio do poziomu intelektualnego słuchaczy, do ich zdolności pojmowania i zrozumienia wykładanego przedmiotu. Przemawiać się musi językiem zrozumiałym dla słuchaczy, nie używać zwrotów zawiłych, a dla określeń pewnych przedmiotów dobrze używać wyrazów lokalnych. To wejście w środowisko, umiejętność przystosowania się do niego jest u wykładowcy rzeczą najtrudniejszą. Dużą pociechą w tej pracy jest fakt, że ludność wiejska bardzo chętnie słucha wszelkich wykładów, dotyczących zdrowia i choroby. Wreszcie pozostają pogadanki higjeniczne w szkole bądź prowadzone systematycznie, bądź dorywczo w czasie dni przeciwgruźliczych i t. p.

Uwagi ogólne

Poruszę tu sprawę stanowiska społecznego pielęgniarki na prowincji, jej stosunku do czynników miejscowych i współpracy z instytucjami społecznemi. Ujęcie tego zagadnienia nastręcza wiele trudności, bo z jednej strony unikać należy szablonu, z drugiej strony wiele piekących, a równocześnie drażliwych spraw wymaga omówienia.

Zaczynamy najczęściej pracę naszą w okolicy, w której dotąd nie znano społecznej pracy pielęgniarskiej. Stąd w pierwszej chwili pielęgniarka spotkać się może nietylko z brakiem zrozumienia, ale z powątpiewaniem o potrzebie i konieczności swej pracy, a nawet — z jej lekceważeniem. Powinno to być dla nas przestrogą, abyśmy od początku starały się stawiać pierwsze kroki ostrożnie, ale z pełną powagą i świadomością. Przytem musimy liczyć się z tem, że życie prowincjonalne jest tak odmienne od życia w warunkach wielkomiejskich. Znamy wszystkie zbyt daleko posunięte w naszych miasteczkach ogólne interesowanie się każdem najdrobniejszem zdarzeniem, każdym prawie mieszkańcem i jego codziennem życiem. Ta „opinja publiczna“ jest tak przesadna, że lepiej unikać pozorów, niż dostać się pod jej pręgierz, a jest ona tak wnikliwa, że każdy nasz krok wyśledzi, a gorzej, jeśli go błędnie przedstawi. Dla dobra sprawy lepiej zrezygnować czasem z osobistej choćby niewinnej przyjemności, niż narazić się stujęzycznej famie. Dobro sprawy wymaga, aby mniemanie o nas było jak najlepsze. Pierwszem więc zadaniem pielęgniarki społecznej na prowincji będzie praca nad sobą, nad swojem postępowaniem wobec otoczenia, aby zajmowanemu stanowisku wywalczyć odpowiednią pozycję społeczną.

Szczegółowego omówienia wymaga ustosunkowanie się pielęgniarki do tych czynników miejscowych, z któremi pozostaje w stałej łączności i współpracy z tytułu swego stanowiska.

Jeżeli chodzi o lekarzy ordynujących w tej czy innej poradni, sprawa jest jasna. Poza pomocą w godzinach ordynacyjnych, pozostaje należyte i wyczerpujące przygotowanie wywiadów i wykonanie zleceń w związku z chorobą pacjenta. Podobnie ułożą się warunki naszej współpracy z kierownikiem ośrodka zdrowia, o ile nim nie jest równocześnie lekarz powiatowy. O tym ostatnim chcę pomówić obszerniej.

Lekarz powiatowy jest kierownikiem ogólnej akcji sanitarnej w powiecie. Ośrodki zdrowia są placówkami nietylko podlegającemi mu służbowo, ale placówkami jego pracy społeczno-lekarskiej, bez względu na to, czy sam jest kierownikiem ośrodka, czy kieruje nim przez innego lekarza.

Zadania i cele ośrodków zdrowia są w założeniu swojem o wiele obszerniejsze, niż prowadzenie dwu czy trzech przychodni. Zasadą ośrodków jest zapobieganie chorobom, w pierwszym rzędzie społecznym i propagowanie higjeny. Fakt, że w danym ośrodku prowadzi się tę czy inną poradnię, dowodzi tylko tego, że nasilenie danych schorzeń stanowi na tym terenie zagadnienie szczególniej piekące. Lecz bez względu na to, jaka poradnia, przeciwgruźlicza czy przeciwjaglicza prowadzona jest w ośrodku, nie możemy uchylać się od szerszej współpracy z lekarzem powiatowym, gdy zażąda naszej pomocy doraźnie czy to w zwalczaniu chorób zakaźnych, a więc pomocy przy szczepieniach ochronnych, czy to w związku z innemi zagadnieniami sanitarnemi. Wprawdzie nie trudno nam się od tej pomocy

wymówić i zasłonić się wywiadami i t. p. Zdaniem mojem takie postawienie sprawy byłoby jednak błędnem; lepiej zaniedbać kilka wywiadów, niż uchylać się od doraźnej pracy w związku z epidemją, gdy zwracają się do nas o pomoc. Z drugiej strony będzie sprawą naszej ambicji, aby stracony czas nie odbił się zbyt ujemnie na toku pracy w ośrodku.

Wymieniłam tutaj specjalnie choroby zakaźne, ponieważ zapobieganie im jest przecież także zadaniem ośrodka zdrowia, a pielęgniarka wiele może przyczynić się do ich zwalczania. I tak w czasie wywiadów nieraz natrafi na chorobę zakaźną i byłoby grubem niedopatrzeniem, gdyby nie zgłosiła jej bezzwłocznie lekarzowi powiatowemu. Wogóle całokształt zagadnień zdrowotnych danej okolicy nie może być obcy pielęgniarce, stąd potrzeba stałej łączności i współpracy z lekarzem pow. Poprawne z nim stosunki wyjdą tylko na korzyść pracy pielęgniarki, bo dzięki nim niejedną trudność może ona usunąć i w wielu wypadkach otrzymać pomoc i radę. Ważną więc rzeczą jest zdanie sobie sprawy, że należy podporządkować się inicjatywie lekarza powiatowego, jako szefa spraw sanitarnych w powiecie. Zastrzegam się, że nie pojmuję tego stosunku, jako osobistej bezpośredniej zależności, lecz tylko jako lojalne podporządkowanie się w pracy zawodowej i rozumną współpracę. Jeśli pielęgniarka, na podstawie znajomości stosunków lokalnych, chciałaby powziąć inicjatywę czy to tworzenia nowej poradni, czy akcji dożywiania dzieci, czy innego zagadnienia higjeniczno - społecznego, inicjatywa ta musi być aprobowana przez lekarza powiatowego, jako tego, który z tytułu swego urzędu może ją w czyn wprowadzić.

Pod tym kątem widzenia należy ustosunkować się także do instytucyj społecznych, które zwrócą się do nas o współpracę. Zanim się na nią zdecydujemy, słuszną jest rzeczą, aby porozumieć się w tej sprawie z lekarzem powiatowym. Instytucyj takich jest wiele, a więc wspomniane już wyżej koła gospodyń, związki ziemianek, organizacje rolnicze, dalej komitety oświaty pozaszkolnej kobiet i t. p. Na osobną wzmiankę zasługuje praca w pow. Kołach Walki z Gruźlicą i oddziałach Polskiego Czerwonego Krzyża, gdzie pielęgniarka musi być ich duszą. W szczególności — w Kołach Walki z Gruźlicą w związku z całokształtem ich działalności, a zwłaszcza w czasie dni przeciwgruźliczych; w oddziale Polskiego Czerw. Krzyża — w związku ze szkoleniem żeńskich drużyn ratowniczych.

Wytłumaczyć muszę, dlaczego tak obszernie omawiam ustosunkowanie się pielęgniarki na prowincji do lekarza powiatowego. W miejskich ośrodkach zdrowia sprawa ta jest sama przez się rozwiązana. Tam ośrodek zdrowia prowadzi wszelkie możliwe agendy, a więc walkę z jaglicą, gruźlicą, chorobami wenerycznemi, higjeną szkolną, stację opieki nad matką i dzieckiem, szereg poradni specjalnych, a przytem dział higjeny otoczenia. W takim ośrodku zdrowia mieści się z reguły sanitarny urząd dzielnicowy i często lekarz dzielnicowy, odpowiadający w zakresie działania lekarzowi powiato-

wemu, jest równocześnie kierownikiem ośrodka, a zresztą jeżeli nawet kierownikiem ośrodka jest inny lekarz, to jednak w instytucji tej skupiają się wszystkie zagadnienia higjeniczne dzielnicy. Jednem słowem: ośrodek zdrowia jest centralą higjeniczno - społeczną. Inaczej przedstawiają się te sprawy w warunkach prowincjonalnych.

Zorganizowanie placówki identycznej, na wzór miejskiego ośrodka zdrowia, wymagałoby często wielkich funduszów i zatrudnienia licznego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego, dozorców sanitarnych i t. p. i nie zawsze byłoby celowe. Na prowincji organizacja takiej placówki musi być uproszczona, przytem lekarz powiatowy, z powodu nawału zajęć, nie zawsze może się w szczegółach interesować pracą ośrodka zdrowia. Pielęgniarka jednak musi pamiętać o tej łączności wszystkich zagadnień sanitarnych na danym terenie i o tem, że praca ośrodka zdrowia jest tylko częścią tego zagadnienia. Istnieją również przeszkody natury technicznej, gdyż biuro lekarza powiatowego mieścić się musi z reguły w budynku starostwa. Rzeczą pielęgniarki jest dbać o stały kontakt ośrodka zdrowia z biurem lekarza, choćby dla uzyskania pewnych koniecznych danych, a więc zgłoszeń zachorowań na jaglicę, gruźlicę i choroby weneryczne, zgonów na gruźlicę, o których wiadomość konieczna jest dla wywiadów propagandowych, wykazów urodzeń, bez których nie będzie dobrze funkcjonować stacja opieki nad matką i dzieckiem.

Jak wynika z powyższego rozważania, społeczna praca pielęgniarska na prowincji wymaga wszechstronnego wyszkolenia zawodowego, wiele doświadczenia życiowego, często zaparcia się siebie, dużego zasobu inicjatywy, przedsiębiorczości, zmysłu organizacyjnego, a przytem zdrowia i sił fizycznych.

Praca nasza na prowincji jest dopiero w zaczątkach.

Według urzędowych danych z r. 1933, na terenie całego państwa czynnych było 224 ośrodków zdrowia. W jak szybkiem tempie postępował ich rozwój ilustrują następujące cyfry:

w	roku	1925	były	2	ośrodki
„	„	1926	„	9	„
„	„	1927	„	22	„
„	„	1928	„	140	„
„	„	1929	„	151	„
„	„	1930	„	180	„
„	„	1931	„	205	„
„	„	1932	„	231	„

Cyfry wzrastają stale, aż do r. 1932. W roku 1933 liczba ośrodków zmalała o 7. Cyfry te dalekie są od należytego objęcia akcją ośrodków zdrowia całego kraju. Ponieważ w r. 1933 było 224 ośrodków zdrowia, a w niektórych powiatach jest ich kilka, wynika z tego, że są powiaty, w których wogóle niema jeszcze ośrodków, względnie czynne są pojedyncze poradnie.

Wzrost liczby ośrodków zdrowia w ciągu kilku lat świadczy najlepiej o ich żywotności i wskazuje, że akcja ich znalazła w zupełności uznanie społeczeństwa. Jest to równocześnie jak najlepszem świadectwem, wydanem przez ogół ludności pracy polskiego pielęgniarstwa.

Wymienione wyżej cyfry statystyczne rokują ośrodkom pomyślne horoskopy. Jeżelibyśmy przyjęli, że w dobrze pod względem sanitarnym zorganizowanym powiecie powinno być 4 — 6 ośrodków zdrowia (zależnie od gęstości zaludnienia i t. p.) widzimy, jak rozległe pole pracy stoi przed nami otworem. Wprawdzie liczyć się należy z tem, że obecne ciężkie warunki finansowe samorządów i instytucyj społecznych uniemożliwią zbyt szybkie otwieranie nowych ośrodków, jednak właśnie kryzys ekonomiczny decyduje o konieczności utrzymania tych placówek. Twierdzenie takie wyglądałoby na paradoks, gdyby nie fakt, że coraz cięższe warunki ekonomiczne, powodujące zubożenie ludności z jednej strony przyczyniają się do szerzenia chorób wogóle, a szczególnie chorób niemowlęctwa i społecznych, z drugiej strony wzmagają ubóstwo ludności, szukającej pomocy w ośrodkach zdrowia.

Stąd wniosek, że w interesie ludności leży rozbudowa istniejących już ośrodków i tworzenie nowych, i że obowiązek ten, tem silniej ciąży na powołanych do tego czynnikach.

To też wiele jeszcze coraz to nowych, młodych i pełnych zapału sił pielęgniarskich znajdzie pole pracy.

Anna Mańkowska - Mulakowa
abs. W. S. P., b. instruktorka pielęgniarek
w województwie lwowskiem

OD REDAKCJI

Z przyczyn od nas niezależnych, zapowiedziane przez nas umieszczenie „Ustawy o Pielęgniarstwie" odkładamy do następnego numeru.

Notatki zawodowe

Prosimy nasze Czytelniczki o nadsyłanie do działu „Notatek zawodowych" wszelkich praktycznych wskazówek, dotyczących zabiegów pielęgniarskich, o dzielenie się z nami doświadczeniem nabytem w tej dziedzinie czy to w pracy szpitalnej, czy społecznej. Każdy szczegół jest tu cenny i godny zastanowienia.

Redakcja

Jak zastąpić fartuch prześcieradłem?



Częstokroć zdarza się w domu prywatnym, że musimy prosić do pomocy przy łóżku chorego kogoś z domowników, a wtenczas zachodzi potrzeba ubrania go w fartuch. Również i lekarz, odwiedzający chorego, w razie dokonywania jakiegoś zabiegu, czy w razie przypadku choroby zakaźnej pragnie osłonić się fartuchem. Fartucha odpowiedniego w domu niema, trzeba go więc jakoś zastąpić.

W tym celu bierzemy prześcieradło, ujmujemy je za dłuższą krawędź, i zakładamy danej osobie, jak wskazuje rysunek, pod pachy, krzyżujemy na plecach, końce zakładamy na ramiona, wsuwamy pod prześcieradło na piersiach i przymocowujemy agrafkami.

Rękawy od sukni (ewentualnie koszuli, po zdjęciu kurtki) należy przed założeniem prześcieradła zakasać jak najwyżej.

„Fartuch" taki osłania całą osobę i nie krępuje jej ruchów.



Varia

DIETA W DURZE BRZUSZNYM

Dr. Mikułowski w „Klinice Współczesnej" nr. 6 z roku 1934 podaje streszczenie artykułu dr. Ouminkowa „O dietetyce w przebiegu duru brzusznego u dzieci". Ciekawe są spostrzeżenia autora co do większej intensywności duru brzusznego o dorosłych niż u dzieci, a wskutek tego większej możliwości stosowania u dzieci diety daleko mniej surowej. Autor od lat 15-tu podaje swym pacjentom dietę mieszaną, płynną i stałą złożoną z białka, tłuszczów i węglowodanów (mleko z chlebem, różne kasze, groszek, ziemniaki gotowane lub smażone, kapusta, mięso wołowe siekane, lane ciasto, kompoty, galaretki owocowe). Dietę tę stosuje z dobremi wynikami. Krwotoki kiszkowe spadły z 2.7% na 0.35%, a t. zw. nawroty duru występują daleko rzadziej. Zdaniem autora te ostatnie spowodowane są zwykle wyniszczeniem ustroju przez chorobę i dietę głodówkową. *M. St.*

MARTWICE PRZY KOMBINOWANEJ INFUZJI ADRENALINY Z GRUŹLICĄ

Autoryzowany przekład artykułu dr. Orosza z *Kinderheilkunde 55 Band, 4 Heft, 1933.*

Günter Wenz opisuje pod podanym tytułem przypadek martwicy u 6-ciotygodniowego dziecka, po podskórnym zastrzyku 140 cm 5% roztworu cukru gronowego i 0.35 gr. suprareniny w udo. Ponieważ rozporządzam kilku podobnemi przypadkami z poprzednich lat, pozwolę je sobie przy tej sposobności krótko opisać. Chodziło o 20-miesięcznego chłopca, który był przyjęty mając 11 miesięcy, z cystą wielkości pięści, w prawej części klatki piersiowej. Ten rzadki klinicznie przypadek opisywałem dokładnie już poprzednio. Ta duża cysta trawiła już dziecko od miesięcy (waga w 19 miesiącu 6.500 gr) tak, że byliśmy zmuszeni skłonić się do operacji. Z powodu rozległości cysty i zrostów z innemi organami, nie można jej było usunąć, otworzono ją tylko i otwór zaszyto. Z powodu dużej utraty płynów, podawano dziecku dużo herbaty do picia i podskórnie wstrzyknięto 80 cm hypotonicznego *) roztworu glukozy (3%) i to po 40 cm w każdą zewnętrzną część uda. Mimo tej stosunkowo małej ilości płynu i wolnego wstrzykiwania, nastąpiła już w czasie infuzji przemijająca anemja skóry i po kilkugodzinnej przerwie — podobnie jak w przypadku opisywanym przez Wenza — brunatne zabarwienie, wkońcu martwica i odpadnięcie znekrotyzowanej części. W obu miejscach zastrzyku zostały głębokie, aż do mięśni sięgające ubytki, wielkości dłoni dziecka, których brzegi zaczynały początkowo zwolna granulować, później jednak przestały się zrastać i stan taki przetrwał do śmierci.

A więc dziecko 19-miesięczne, pozostające pod względem rozwoju w tyle, otrzymuje w dobrym stanie (resekcja żeber), w oba uda, stosunkowo małą ilość hypotonicznego roztworu glukozy, bez dodatku adrenaliny, z tym skutkiem, że w obu miejscach zastrzyku powstaje martwica. W 18 dni potem — zejście śmiertelne. W mojej długotrwałej, klinicznej praktyce miałem tylko ten jeden przypadek martwicy, jednak częściej zdarzały się uszkodzenia tkanek lżejszego stopnia, szczególnie wybroczyny podskórne, po podskórnych zastrzykach glukozy, tem więcej, że często stosujemy zastrzyki w celu zwalczania odwodnienia różnego pochodzenia. Te uszkodzenia tkanek, a więc w ostatniej linji martwica, mają związek — na podstawie mojego doświadczenia — przedewszystkiem z następującemi czynnikami:

1) Najważniejszą rolę w powstawaniu martwicy gra niedostateczne ukrwienie i obniżenie ogólnej odporności. Te dzieci są poniekąd anenergiczne. Jeżeli powstają po podskórnych zastrzykach, używanych roztworów, przy technice bez zarzutu, nekrozy, albo nawet tylko wybroczyny skórne, trzeba to uważać za złą prognozę. Także w przypadku wyżej wymienionym, powstanie martwicy, mimo pozornego dobrego stanu ogólnego, było bardzo niekorzystnym objawem. Przypadek Wenza kończy się także śmiertelnie. Praca Fornara była mi niestety w oryginale niedostępną, o ile mogłem wywnioskować z referatu, chodzi o bardzo ciężkie przypadki z objawami zatrucia.

---

*) Roztwór, którego koncentracja wynosi poniżej izotonji; roztwór izotoniczny; o koncentracji 0.95% soli kuchennej (roztwór soli fizjologicznej). — Przyp. Red.

2) W drugim rzędzie powinna wchodzić pod uwagę technika. Najpierw miejsce zastrzyku. Według mojego długoletniego doświadczenia, jestem zdania, że skóra uda jest nieodpowiedniem miejscem do zastrzyków podskórnych, ze względu na anatomiczne właściwości. Że to jest faktem, odczuwa się najlepiej w czasie wstrzykiwania: jakiego wysiłku trzeba użyć przy wstrzykiwaniu, jak silnie napina się skóra już przy małych ilościach płynu, i jak szybko następuje anemja skóry. Mojem zdaniem te momenty odegrały istotną rolę w przypadku opisywanym przez Wenza, gdzie wstrzyknięto znaczną ilość, bo 140 cm. Jeżeli nie można brać pod uwagę żadnej innej części skóry oprócz uda, to według mnie należy raczej unikać podskórnych zastrzyków, a wstrzykiwać płyn domięśniowo. Do techniki powinno się także zaliczyć koncentrację roztworu. W moim wyżej opisanym wypadku mogła odegrać szkodliwą rolę hypotonia roztworu. Dlatego wstrzykujemy podskórnie przedewszystkiem — o ile to jest możliwem — tylko izotoniczne roztwory, w szczególności przy ciężkim stanie i zaburzeniach w krążeniu. Co się tyczy techniki, w dosłownem słowa znaczeniu, należy krótko nadmienić, że igła musi zawsze dotrzeć do wolnej przestrzeni pod skórą, gdzie wstrzykiwanie następuje samo z siebie, bez trudności i że to ostatnie powinno postępować bardzo wolno, aby uniknąć silnego napięcia skóry, niedokrwienia, a co za tem idzie, możliwości zaburzeń w odżywianiu skóry.

3) Wkońcu pozostałaby do omówienia rola adrenaliny. Sądzę, że z opisanego przypadku można wywnioskować o powstaniu martwicy wtenczas także, gdy wstrzykujemy płyn bez dodatku adrenaliny. Czynnik ten zdaje się nie jest pierwszorzędnego znaczenia, w przebiegu sprawy. Mogę także przypisać bardzo małą rolę tej dla mnie bardzo hypotetycznej wartości cukru gronowego i adrenaliny, jako produktu do odbudowy, które im przypisuje Wenz. Rozumie się, że przez to nie zaprzeczam roli adrenaliny jako bodźca, szczególnie w dużych dawkach, a podkreślam lokalne zaburzenia w obiegu, wywołane działaniem adrenaliny na naczynia. Także twierdzenia Guillaume'a zgadzają się z tem określeniem.

Muszę podzielić zdanie z Wenzem przedewszystkiem w tem jego twierdzeniu: „W krótszym czasie może ulec martwicy tkanka już uszkodzona, przez większe lub mniejsze zanemizowanie"; i nie przywiązywać żadnego szczególnego znaczenia kombinacji glukozy z adrenaliną, przynajmniej we wspomnianem znaczeniu. Pominąwszy to, że z doświadczenia i teoretycznych dociekań, unikamy dawania adrenaliny, przedewszystkiem przy odwodnieniu i zatruciu pokarmowem (natomiast podajemy insulinę według Duzara) nie dajemy już od lat glukozy z adrenaliną podskórnie, rzadko domięśniowo, natomiast często dożylnie. Duża dawka adrenaliny (0.5 cm), które Fornara dodał do małej ilości roztworu glukozy (25 cm) musiała z konieczności wywołać u niemowlęcia z zatruciem nietylko miejscowe uszkodzenie tkanek, lecz to także spowodowało pogorszenie ogólnego stanu.

Streściwszy to, sądzę, że należy wysunąć następujące żądania, aby uniknąć uszkodzenia tkanek przy robieniu podskórnych zastrzyków: 1) Podskórne zastrzyki robimy tylko na podatnych do tego miejscach skóry, ale nigdy — na kończynach. 2) Przy ogólnym ciężkim stanie i schorzeniach krwiobiegu, podaje się tylko izotoniczne roztwory, wstrzykuje się wolno, unikać należy najmniejszej, choćby nawet przejściowej, anemji skóry. 3) Przy podskórnych zastrzykach glukozy nie należy dawać adrenaliny.

Gdyby była konieczną — wstrzykiwać osobno. Kombinacje cukru gronowego i adrenaliny w jednym roztworze, mojem zdaniem — na podstawie starannych doświadczeń — najlepsze oddają usługi, użyte do zastrzyków dożylnych.

Tłom. *M. Pantoflińska*, abs. Szk. P. C. K.
w Poznaniu

Kronika pielęgniarska

NOWE MIESZKANIA SIÓSTR POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA W SZPITALU WOJSKOWYM W POZNANIU

Dnia 30. stycznia odbyło się w Poznaniu uroczyste poświęcenie nowowybudowanej części Szpitala wojskowego Nr. VII. przy ulicy Wały Jana III. Nr. 7.

Uroczystość rozpoczęła się nabożeństwem w kaplicy szpitalnej, odprawionem przez kapelana Ks. Dymarskiego. Na uroczystość poświęcenia przybyli przedstawiciele władz państwowych, samorządowych, wojskowych i uniwersyteckich. Z ramienia województwa przybył p. Wicewojewoda Kaucki, tymczasowy prezydent miasta Poznania płk. Więckowski, rektor uniwersytetu prof. Runge, dowódca O. K. VII. płk. Świtalski, dowódca dywizji gen. Wład, dowódca brygady kawalerji gen. Zachorski, wszyscy dowódcy pułków i oddziałów stacjonowanych w Poznaniu, profesorowie uniwersytetu, szereg wybitnych osobistości w Poznaniu, oraz przedstawiciele Dep. Służby Zdrowia z Warszawy.

Uczestnicy poświęcenia zebrali się w sali wykładowej, gdzie komendant szpitala, płk. Kucharski przedstawił genezę powstania i budowy szpitala, potem nastąpiło zwiedzanie nowowybudowanego gmachu. Nowy pawilon szpitalny, wykonany według najnowszych wymogów techniki i wyposażony w najnowocześniejszą aparaturę sanitarno-medyczną, wygląda bardzo okazale. Gmach szpitala zbudowano w czterech kondygnacjach: sutereny, parter i dwa piętra. W suterenach mieści się pracownia chemiczno-bakterjologiczna, dalej centralne łaźnie i prysznice z dezynfekcją i ustępy, składnica mundurowa i kotłownia. Na parterze umieszczone są wszystkie przychodnie (chorób wewn., chirurgicznych, nerwowych, kobiecych, chorób dziecięcych, gardła, nosa, uszu, ocznych i przychodnia dietetyczna wraz z poczekalnią) oraz sala wykładowa, bibljoteka i izba przyjęć.

Pierwsze piętro mieści oddziały chorób usznych i ocznych z oddzielnemi dla każdego oddziału salami operacyjnemi i pokojami badań, następnie łaźnie, umywalnie i ustępy.

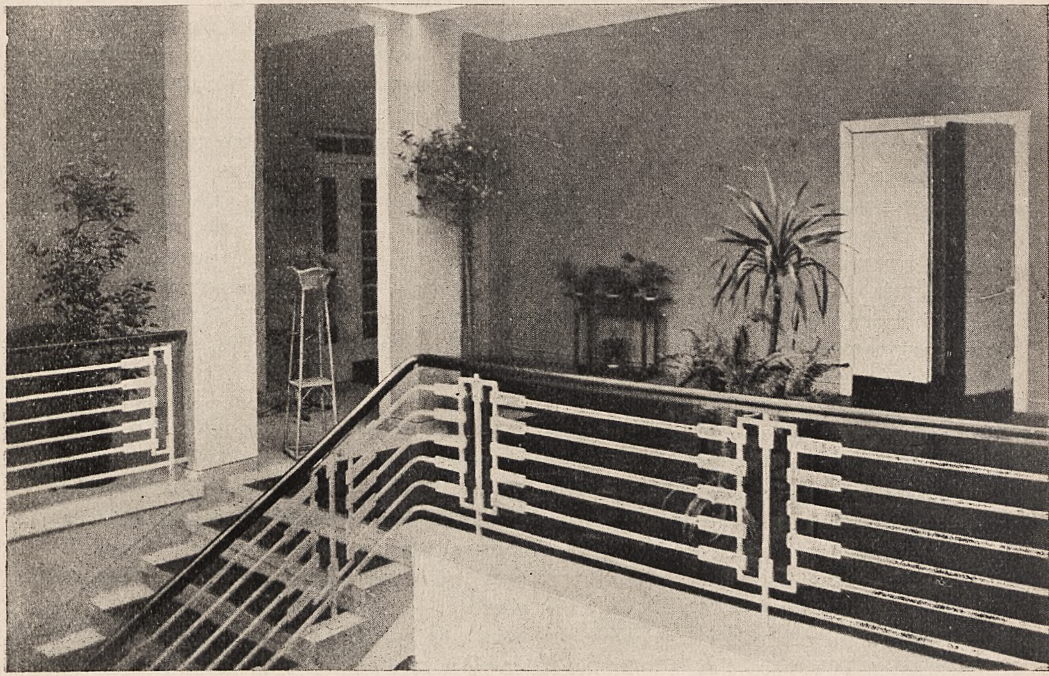
Całe drugie piętro zajmują mieszkania sióstr P. C. K.

Do mieszkania sióstr prowadzi klatka schodowa, zakończona obszernym nowoczesnym holem. Szklany dach, dający duże naświetlenie, pastelowe barwy ścian i filarów oraz kwiaty nadają całości bardzo miły wygląd. Mieszkanie sióstr składa się z pokojów sypialnych, sali jadalnej, kredensu, kuchni, czytelni oraz umywalni i łazienek. Pokoje sióstr, przeważnie pojedyncze, umeblowane dostatecznie, posiadają podwójne drzwi, które zapewniają siostrom spokój i ciszę.

Jadalnia łączy się bezpośrednio z kredensem i kuchnią; ta ostatnia jest wyposażona w nowoczesne urządzenia: kuchnię gazową do gotowania, do pieczenia, pomywalnię do zmywania naczyń z bieżącą zimną i gorącą wodą, wentylatory elektryczne itd. Obok kuchni mieszczą się dwie podręczne spiżarnie.

Rewelacyjnem urządzeniem są umywalnie - kabiny dla sióstr. Na dwie siostry przypada jedna kabina. W kabinie takiej znajduje się: umywalnia z bieżącą gorącą i zimną wodą, spluwaczka z bieżącą wodą, szklana póleczka, lustro, wieszak.

Ściany umywalni, ustępów i łazienek wykonane są z białych, glazurowych płytek, posadzki z płyt glinkowych. W pokojach posadzki parkietowe, na korytarzach chodniki z linoleum.



Fragment mieszkania sióstr PCK. w szpitalu wojskowym w Poznaniu

Całość wywołuje wrażenie bardzo ujmujące, pogodne i domowe, tak, że każda z sióstr po pracy znajduje tu idealne warunki do kompletnego wypoczynku fizycznego i duchowego. — Dostarczenie tych warunków przez komendanta VII Szpitala Okręg. płk. Kucharskiego, świadczy nietylko o dbałości o siostry szpitala, lecz dowodzi wielkiego zrozumienia pracy pielęgniarskiej wogóle i przyczynia się do podniesienia jej sztandaru.

SPRAWOZDANIE ROCZNE STOWARZYSZENIA ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK i HIGJENISTEK W POZNANIU

za czas od 18 stycznia 1934 roku do 21 lutego 1935 roku.

Na Walnem Zebraniu Stowarzyszenia Zawodowych Pielęgniarek i Higjenistek w Poznaniu, które odbyło się dnia 18 stycznia 1934 roku, jako dwunaste z rzędu, od chwili powstania Stowarzyszenia, wybrano zarząd następujący: przewodnicząca p. Marja Stenclówna, wiceprzewodnicząca p. Felicja Okuliczowa, sekretarka p. Marja Wilkońska, skarbniczka p. Zdzisława Szulczewska.

W okresie sprawozdawczym urządzono: 8 zebrań miesięcznych, 5 zebrań Zarządu. Zamiast zebrania miesięcznego w grudniu urządzono wieczór wigilijny. W okresie wakacyjnym, od czerwca do sierpnia włącznie, z powodu urlopów zebrania się nie odbywały. Wszystkie zebrania miesięczne odbyły się w świetlicy sióstr 7 Szpitala Okręgowego. Stowarzyszenie liczy obecnie 71 członkiń rzeczywistych. W okresie sprawozdawczym przystąpiło do Stowarzyszenia 31 członkiń. Zostało skreślonych z listy członkiń, bądź z powodu nieopłacania składek, bądź na własne życzenie 16 koleżanek.

W ciągu roku uchwalono i załatwiono następujące sprawy:

1) Założono kartoteki członkiń, ułatwiające ich ewidencję. — 2) Do aktów Stowarzyszenia kupiono szafę. — 3) Wprowadzone zostało obostrzenie w udzielaniu pożyczek. Pożyczać mogą tylko koleżanki, należące przynajmniej już rok do Stowarzyszenia i płacące regularnie składki miesięczne. Pieniądze wypożycza się na procent, równy procentowi bankowemu, po wyłuszczeniu przez pożyczającą powodu pożyczki. Ogólna suma nie może przekroczyć dwóch trzecich gotówki Stowarzyszenia. — 4) Ponieważ koleżanki nie korzystały z należenia do Polskiego Touring klubu, w maju ub. roku Stowarzyszenie z Touring Klubu wypisało się. — 5) W lutym ub. roku, dzięki zachęcie i propagandzie ze strony p. drowej Grodzkiej, utworzyła się przy Stowarzyszeniu sekcja sportowa, która zorganizowała wieczorne kursa gimnastyczne, w następstwie czego parę koleżanek zdobyło polską odznakę sportową. — 6) Na Walny Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych w październiku ub. roku jeździło 9 koleżanek, jako delegatka została wybrana p. Marja Wilkońska.

Na każdem zebraniu miesięcznem wygłoszony był referat, który omawiał zagadnienia z pewnej dziedziny i tak: w lutym: — **Sport w życiu obywatelki** — wygłosiła p. Grodzka; w marcu — **Belgijska kolonja Kongo** — p. dr. Czekalski; w kwietniu **Martwica po kombinowanym zastrzyku adrenaliny i glukozy** — p. Pantoflińska; w maju: **Organizacja służby pielęgniarskiej w wojskowych szpitalach w Anglji** — odczytany referat p. Wilkomirskiej; w październiku — **Współczesne metody walki z rakiem** — p. dr. Bylina; w listopadzie: **Wartość chwil wolnych od pracy zawodowej** — p. Łazarewiczówna; w styczniu — **Algier, gniazdo piratów** — p. dr. Czekalski.

Na każdem zebraniu miesięcznem przypominana była konieczność prenumerowania „Pielęgniarki Polskiej“. Każde zebranie kończyła herbatka towarzyska.

KOMUNIKAT.

KONKURS

Polski Związek Przeciwgruźliczy ogłasza konkurs na opracowanie: INSTRUKCJI O SPOSOBACH ODKAŻANIA BIEŻĄCEGO i KOŃCOWEGO PRZY GRUŹLICY ZARAŹLIWEJ

1) Instrukcja winna być opracowana przystępnie, z uwzględnieniem szczególnie odkażenia mechanicznego, pomieszczeń i przedmiotów i jak najprostszego odkażania wydalin chorego.

2) Instrukcja winna nadawać się do jak najszerszego rozpowszechnienia w postaci broszury, obejmującej nie więcej. niż 16 stron druku formatu ósemki.

3) Termin składania prac konkursowych upływa z dniem 31. grudnia 1935 r.

4) Prace, pisane o ile to możliwe na maszynie, należy nadsyłać do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa. ul. Karowa L. 31).

5) Nadsyłane prace winny być zaopatrzone godłem. W kopertach, oprócz pracy, winna znajdować się druga koperta zamknięta, również opatrzona godłem, a zawierająca nazwisko autora danej pracy.

6) Prace będą rozpatrzone przez Komisję Naukowo - Lekarską Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

7) Za najlepsze prace będą udzielane nagrody: I-sza — 500 zł., II-ga 300 zł., III-cia — 200 złotych.

8) Prace nagrodzone stają się własnością Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

KRONIKA

ZAKŁADY LECZNICZO - WYCHOWAWCZE

Na posiedzeniu sekcji opieki lekarskiej nad kalekami przy Państw. Nacz. Radzie Zdrowia w Warszawie dr. Reklewski wygłosił referat, przedstawiający w Polsce dotkliwy brak zakładów leczniczo - wychowawczych dla kalek i ułomnych. Według przytoczonej statystyki, referent wykazuje, że 80 procent kalek możnaby wyleczyć całkowicie, 13 procent uzdolnić do zarobkowania, a tylko 7 procent kalek potrzebowałoby stałej opieki zakładowej. Dr. Reklewski podaje, że w Niemczech jest 80 zakładów leczniczo-wychowawczych dla kalek, w Austrji jest 10 takich zakładów i 2 katedry ortopedyczne. W Polsce dotąd niema ani jednego zakładu.

DEZYNFEKCJA ODZIEŻY

Celem zabezpieczenia od chorób zakaźnych ludności terenów powodziowych, otrzymującej odzież ze zbiórek i darowizn, Ministerstwo Opieki Społecznej zleciło przeprowadzić dezynfekcję tej odzieży.

HIGJENA SPOŁECZNA W PROGRAMIE POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA

W programie pracy Polskiego Czerwonego Krzyża na rok 1935 podkreślono specjalnie konieczność pracy nad podniesieniem higjeny społecznej wśród szerokich warstw ludności ze specjalnem uwzględnieniem wsi.

W tym celu Zarząd Główny P. C. K. ogłosił drukiem zasady organizacji pracy, przewidując intensywną pomoc w tworzeniu po wsiach Ośrodków Zdrowia, lub przynajmniej Stacyj Opieki nad Matką i Dzieckiem.

Przy tworzeniu tych placówek, PCK. współpracować ma z organizacjami społecznemi i samorządowemi, celem racjonalnego postępowania.

NOWE ZAKŁADY LECZNICZE

W maju b. roku rozpoczęto pracę nad urządzeniem zakładów leczniczych w Czarnieckiej Górze w wojew. kieleckiem. Teren z nowemi źródłami nabyty został przez spółkę lekarską z Warszawy i Łodzi. Do spółki lekarskiej (udział 500 zł.) ostatnio przystąpiło Warszawskie Towarzystwo Farmaceutyczne, z kapitałem 35.000 zł.

Komitet organizacyjny projektuje stworzenie w Czarnieckiej Górze pierwszorzędnego uzdrowiska.

RADA FUNDACYJNA IM. JAKÓBA HR. POTOCKIEGO

W ostatnich czasach odbyło się posiedzenie organizacyjne Fundacji im. Jakóba Potockiego. Rada ukonstytuowała się w następujący sposób: prezes: dr. Witold Chodźko,

skarbnik Franciszek Radziwiłł, sekretarz dr. Tadeusz Dybowski. Dyrektorem Fundacji mianowano p. Bronisława Czuruka. Działalność Fundacji rozpocznie się z chwilą przekazania majątków; częściowe przekazanie przewiduje się już w najbliższym czasie.

WALKA Z JAGLICĄ W WOJEWÓDZTWIE KIELECKIEM

Instrukcyjna Kolumna Przeciwjaglicza, przeprowadzając inspekcję w województwie kieleckiem, stwierdziła znaczne zajagliczenie ludności.

W całem województwie zarejestrowanych chorych na jaglicę jest 4000. Ogółem w Kieleckiem jest 28 przychodni przeciwjagliczych, w których pracuje 17-cie pielęgniarek, z czego 7 absolwentek szkół pielęgniarskich. W 11 przychodniach pielęgniarek niema.

Instrukcyjna Kolumna Przeciwjaglicza, prócz pracy leczniczej, przeprowadziła zebrania lekarskie z referatami odpowiedniemi, oraz konferencje propagandowe w sprawie zwalczania jaglicy.

ORGANIZACJA „SIECI SAMARYTAŃSKIEJ"

Celem podniesienia warunków higjeny w fabryce i niesienia pierwszej pomocy w wypadkach przy pracy, utworzona została organizacja „Sieci Samarytańskiej" w Zakładach Wojskowych w Rembertowie.

Organizacja ta ma charakter dobrowolny, członkowie zgłaszają się z pośród pracowników fabrycznych. Przechodzą kursy ratownictwa i zapoznają się z zasadami higjeny ogólnej i osobistej. Fabryka podzielona jest na rejony, na czele których stoją odpowiedzialni kierownicy i sanitarjusze. Kierownikiem całej organizacji jest lekarz fabryczny.

ZAKŁADY PSYCHJATRYCZNE

W Kojzanach, w wojew. wileńskiem został otwarty nowy pawilon dla psychicznie chorych. W projekcie prac umieszczono też rozwinięcie opieki otwartej dla psychicznie chorych. W Kochanówce w wojew. łódzkiem zakład psychjatryczny powiększony został w ostatnich czasach przez otwarcie nowego pawilonu.

PROPAGANDA OCHRONY ZDROWIA

W Hiszpanji wyszło od odpowiednich władz rozporządzenie, by przy każdem wyświetlaniu filmu, jako nadprogramowy dodatek, wyświetlano przez 10 — 12 minut film z dziedziny higjeny ogólnej, higjeny osobistej, ochrony zdrowia, walki z chorobami społecznemi i t. d.

Tego rodzaju propaganda i szerzenie oświaty w zakresie zdrowia publicznego da niezawodnie dobre wyniki.

HANDEL KOBIETAMI i DZIEĆMI

W początku maja b. r. odbyło się w Genewie posiedzenie Komitetu dla walki z handlem kobietami i dziećmi. Rozpatrywano głównie sprawę emigrantek z Rosji w Chinach. 20.000 Rosjanek przebywających obecnie w Chinach, pozostaje w najokropniejszej nędzy. Według relacji misjonarza katolickiego O. Robert, 6.000 Rosjanek uciekinierek z Rosji sowieckiej oddało się prostytucji. Część Rosjanek dostała się w ręce handlarzy, którzy sprzedali kobiety i dzieci zamożnym Chińczykom lub też do domów publicznych. — O. Robert zwrócił się do Ligi Narodów, oświadczając gotowość misji katolickiej, nawiązania współpracy z Komitetem walki z handlem kobietami i dziećmi, by przyjść z pomocą nieszczęśliwym ofiarom.

Komitet przygotowuje rezolucje w myśl postulatów misjonarza.

Szczepienia B. C. G.

Ministerstwo Opieki Społecznej wydało następujący okólnik:

Min. Op. Społ. Nr. Zn. 50/Z/39 — 4 Warszawa, dnia 12 grudnia 1934 r.

Szczepienia przeciwgruźlicze metodą BCG.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Statystyka wszystkich krajów wykazuje zgodnie, że największa umieralność z gruźlicy bywa wśród niemowląt w pierwszym roku życia. W walce z gruźlicą niemowląt medycyna nie miala dotąd żadnego środka; dopiero wynalazek Prof. Calmette'a pozwolił na stosowanie szczepień u noworodków, które miały uodparniać przeciw gruźlicy. Liczne i skrupulatne badania tej metody przez samego autora i jego współpracowników, a także przez liczny zastęp lekarzy w innych, poza Francją, krajach, dowiodly, że szczepionka B. C. G. jest zupelnie nieszkodliwa i że dzieci nią szczepione znacznie rzadziej zapadają na gruźlicę, a nawet ogólnie lepiej się pod względem fizycznym rozwijają, niż dzieci nieszczepione. Dodatnią opinję o szczepionce B. C. G. wydała również specjalna Komisja Komitetu Higjeny Ligi Narodów i Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo.

W Polsce w roku 1925 powstał „Komitet Szczepień Przeciwgruźliczych“, który wspólnie z Polskim Związkiem Przeciwgruźliczym przeprowadza szczepienia. Do 1932 r. włącznie zaszczepiono 18.562 dzieci. Dzieci te znajdowały się pod obserwacją lekarską i pielęgniarską, która stwierdziła, że zapadalność i umieralność z gruźlicy wśród dzieci szczepionych jest kilkakrotnie mniejsza, niż wśród dzieci nieszczepionych, pomimo, że szczepione są przedewszystkiem niemowlęta z rodzin gruźliczych, stykające się z chorymi na gruźlicę. „Komitet Szczepień“ ma główną siedzibę w Warszawie, zaś filje w Poznaniu, Wilnie, Łodzi, Częstochowie, Białymstoku, Lublinie, Toruniu, Pabjanicach Supraślu i Małorycie.

Technika szczepień jest prosta i nie nastręcza żadnych trudności personelowi lekarskiemu i pielęgniarskiemu, wymaga jedynie uwagi i staranności. Szczepienie powinno być dokonane we właściwym czasie, zanim nastąpi zakażenie, to jest najpóźniej w ciągu 10-ciu dni po urodzeniu. Uodpornienie następuje po upływie około czterech tygodni. W ciągu tego okresu niemowlę winno być izolowane tak, aby nie stykało się z chorym na gruźlicę, inaczej szczepienie nie da żadnego wyniku.

Ze względu na dodatnie wyniki szczepień, Ministerstwo Opieki Społecznej dąży do ich rozpowszechnienia, wobec tego proszę Pana Wojewodę (Pana Komisarza): 1) o zachęcenie Towarzystw Przeciwgruźliczych do tworzenia „Komitetów Przeciwgruźliczych“, 2) o ułatwienie i poparcie starań kierowników szczepień o uzyskanie odpowiednich pomieszczeń dla izolacji szczepionych niemowląt; najbardziej wskazane są izolatki w zakładach położniczych i przy szpitalach dziecięcych, 3) o wywarcie wpływu na właściwe zakłady i instytucje, by traktowały okres 4 - tygodniowy po zaszczepieniu noworodka, izolowanego w zakładzie, jako okres koniecznego pobytu w szpitalu i pokrywały koszty pobytu niemowlęcia.

Należy zaznaczyć, że koszty te byłyby nieznaczne, a także, że konieczność izolacji zachodzi stosunkowo rzadko, wydatki te zatem nie obciążyłyby zbytnio wymienionych zakładów i instytucyj, obniżyłyby się natomiast w przyszłości ich wydatki na leczenie chorych, których liczba przy szerszem zastosowaniu szczepień powinna się zmniejszyć.

Komitet miejscowy, względnie lekarz, upoważniony do przeprowadzenia szczepień na danym terenie, winien porozumieć się z Komitetem Głównym w Warszawie, ul. Chocimska 24. Tylko po porozumieniu z Komitetem w Warszawie i za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego może on uzyskać bezpłatnie szczepionkę i niezbędne druki.

Podsekretarz stanu: **Dr. E. Piestrzyński.**

Co czytać?

Podręcznik wydany przez dr. J. Jankowiaka p. t.: *„Zarys fizjoterapji dla lekarzy praktyków i studentów medycyny“* (Dom Książki Polskiej, Warszawa, 1934 r.), zasługuje na uwagę i zapoznanie się z jego treścią przez pielęgniarki pracujące w zakładach leczniczych i zdrojowiskach. Wiadomości, zaczerpnięte z tej książki będą prawdziwą pomocą w wykonywaniu zabiegów leczniczych i zrozumienia ich działania. Książka ta powinna być prawdziwym podręcznikiem, do którego każdej chwili można zajrzeć, czy dla przejrzenia części teoretycznej, czy dla sięgnięcia do praktycznych wskazówek techniki terapji.

Książka, ilustrowana kilkudziesięciu rycinami, podzielona jest na pięć części, a mianowicie:

Część I: Wodolecznictwo, z rozdziałami: a) Zasady fizjologiczne wodolecznictwa, b) Wykonywanie i główne wskazania lecznicze zabiegów wodnych

Część II-ga: Kąpiele lecznicze

Część III-cia: Światłolecznictwo

Część IV-ta: Elektrolecznictwo, z rozdziałami: a) Leczenie prądami niskiego napięcia; b) Leczenie prądami szybkozmiennemi i prądami o wysokiem napięciu

1) Diatermja — 2) Arsonwalizacja — 3) Franklizacja

Część V-ta: Leczenie medyko - mechaniczne

Z tytułów powyższych widzimy, że omawiana praca ujmuje w głównych zarysach całość fizjoterapji. Każdy z rozdziałów poprzedzony jest ogólnemi wskazówkami, a w cz. III-ciej „Światłolecznictwo“ i cz. IV-tej „Elektrolecznictwo“, opisane są szczegółowo odpowiednie aparaty. Prócz tego wszędzie podana jest technika zabiegów, oraz ogólne wskazania i przeciwwskazania zabiegów. Nie są też pominięte, tak ważne dla nas, pielęgniarek, wskazówki, co należy obserwować u chorego w czasie zabiegów, aby leczenie nie było stosowane szablonowo, ale było dostosowane indywidualnie do wymogów stanu pacjenta.

Całość pisana jest jasno, zwięźle, praktycznie. Pielęgniarki, pracujące w zakładach ortopedycznych, w zakładach dla nerwowo - chorych, na oddziałach chirurgicznych i internistycznych oraz w uzdrowiskach kąpielowych, znajdą prawdziwą pomoc w książce dr. Jankowiaka, dopełniając tym sposobem wiadomości z działu, który w szkolach naszych nie może być należycie uwzględniony, jako wchodzący w zakres specjalizacji.

M. St.

NADESŁANE DO REDAKCJI:

1) Organizacja Opieki Społecznej nad dzieckiem w Belgji, **Róża Kisielewska - Zawadzka**, (Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem, Warszawa 1934).

2) Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za r. 1933/4, (wydawnictwo Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Warszawa 1935)

3) Działalność Poradni Przeciwgruźliczych w Polsce w roku 1933, **dr. Stanisław Sielicki**, (wyd. Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Warszawa 1934)

4) V Ogólno - polski Zjazd Przeciwgruźliczy — Pamiętnik pod red. **dr. M. Skokowskiej Rudolfowej** (wydawn. Polskiego Zw. Przeciwgruźliczego, Warszawa 1934)

5) Sanatorjum dla płucnochorych Kasy Emerytalnej P. K. w Chodzieży.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem Romana Ferka.

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych, wzorem roku ubiegłego, ma zamiar zorganizować, przed Walnym Zjazdem, 15 godzinny

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY

który obejmie następujące wykłady:

Administracja Szpitala
Psychoterapja
Dodatkowe wiadomości z pielęgniarstwa chirurgicznego:
- a) pielęgnowanie chorych urologicznych
- b) nowe metody dawania narkozy
- c) pielęgnowanie po operacjach mózgowych

Organizacja kolonij letnich
Opieka przyszpitalna

Kurs odbędzie się w Krakowie w dniach 3, 4. 5 października 1935 r.

Zjazd w dniach 6 i 7 października b. r.

Przewidywane ułatwienia w znalezieniu mieszkań i utrzymaniu.

Opłata za kurs 3 zł.

Uruchomienie kursu zależy od liczby zgłoszeń. Minimum uczestniczek 30 osób.

Zgłoszenia należy kierować do dnia 30-go czerwca b. r. pod adresem:

Zofja Lubczyńska, Warszawa, ul. Filtrowa 65, m. 20.

Dla Warszawy zgłoszenia telefoniczne codziennie od 9—10
Telefon Nr. 8-41-51.